

# **UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Psicología**



*Una Institución Adventista*

**Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la  
Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.**

Por:

Silvana Mesía Díaz

Juan Carlos Guerrero Rojas

Asesora:

Psic. Jeannette Soledad Díaz Rojas

**Tarapoto, febrero de 2018**

### **Cómo citar:**

#### **Estilo APA**

Mesía, S. & Guerrero, J. (2018). *Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017* (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Tarapoto.

#### **Estilo VANCOUVER**

Mesía, S. & Guerrero, J. Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017. [Tesis para licenciatura]. Tarapoto: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud., 2018.

#### **Estilo ISO**

MESIA DIAZ, Silvana y GUERRERO ROJAS, Juan Carlos. Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Tarapoto, 2018.

**Área temática:** – Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas y mentales)

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU - FT

Mesía Díaz, Silvana

Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017. / Autores: Silvana Mesía Díaz, Juan Carlos Guerrero Rojas. Asesor: Psic. Jeannette Soledad Díaz Rojas. -- Tarapoto, 2018.

63 hojas: anexos, tablas

Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión - Filial Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Psicología, 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Psicología

1. Estrés. 2. Calidad de vida. 3. Influencia renal crónica.

**DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS**

Psic. Jeannette Soledad Díaz Rojas, asesora de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS DE LA CLÍNICA MODELO DE HEMODIÁLISIS DE LA CIUDAD DE TARAPOTO, 2017" constituye a la memoria que presentan los Bachilleres Silvana Mesía Díaz y Juan Carlos Guerrero Rojas, para aspirar al título Profesional de Psicólogo, cuya tesis ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Tarapoto, a los 22 días del mes de febrero del año 2018.



---

Psic. Jeannette Soledad Díaz Rojas  
Asesora

Estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la  
Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo

## JURADO CALIFICADOR



Mtro. Gino Gabriel Marca Dueñas  
Presidente



Mg. Oscar Roberto Reátegui García  
Secretario



Psic. Elí-Yánac Cierito  
Vocal



Psic. Jeannette Soledad Díaz Rojas  
Asesora

Tarapoto, 22 de febrero del 2018

**Dedicatoria**

A Dios, y a mis padres por el apoyo  
incondicional que me brindaron, y haber  
permitido alcanzar mis sueños.

Juan Carlos Guerrero Rojas

**Dedicatoria**

A DIOS y a mis padres por  
haberme permitido alcanzar una meta más  
en mi vida y por su apoyo incondicional.

Silvana Mesía Díaz

### **Agradecimiento**

A nuestro DIOS que nos ayudó en la elaboración de la tesis y de esa forma demuestra su amor incondicional.

Al Dr. Armando Antonio Rojas Injante, gerente general de la Clínica Modelo de Hemodiálisis – EQUILUX, de la ciudad de Tarapoto, por permitirnos la aplicación de los instrumentos, de igual manera a los pacientes por su colaboración.

A nuestro asesor, por su paciencia y amabilidad en las asesorías y en todo el desarrollo de nuestro trabajo.

Al Mg. Oscar Roberto Reátegui García, Mg. Rosana Jiménez Valencia y al Mg. Ángel Infantes Cruz, por su disposición con la validación de los instrumentos.

## Índice general

Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Capítulo I: El problema .....	13
1. Planteamiento del problema .....	13
2. Pregunta de investigación .....	15
2.1. Pregunta general.....	15
2.2. Problema específico.....	15
3. Justificación .....	15
4. Objetivos de la investigación.....	16
4.1. Objetivo general. ....	16
4.2. Objetivo específico. ....	16
Capítulo II:Marco teórico.....	17
1. Presuposición filosófica.....	17
2. Antecedentes de la investigación .....	17
2.1. Estrés.....	17
2.1.1. <i>Internacionales</i> .....	17
2.1.2. <i>Nacionales</i> .....	19
2.2. Calidad de vida.....	20
2.2.1. <i>Internacionales</i> .....	20
2.2.2. <i>Nacionales</i> .....	21
2. Marco conceptual .....	22
2.2. Estrés.....	22
2.2.2. <i>Definición</i> .....	22
2.2.3. <i>Características de estrés</i> .....	22
2.2.4. <i>Modelos teóricos</i> . ....	23
2.3. Calidad de vida.....	27
3.3.1. <i>Definición</i> .....	27
3.3.2. <i>Características</i> .....	27
3.3.3. <i>Modelos teóricos</i> .....	28
4. Definición de términos.....	31
5. Hipótesis de la investigación.....	31
5.1. Hipótesis general.....	31
5.2. Hipótesis específicas.....	31
Capítulo III: Materiales y métodos .....	32

1.	Diseño y tipo de investigación .....	32
2.	Variables de la investigación.....	32
2.1.	Definición conceptual de las variables.....	32
2.1.1.	<i>Calidad de vida</i> .....	32
2.1.2.	<i>Estrés</i> .....	32
2.2.	Operacionalización de las variables .....	32
2.2.1.	<i>Calidad de vida</i> .....	32
3.	Delimitación gráfica y temporal .....	33
4.	Participantes .....	33
4.1.	Características de la muestra .....	33
4.2.	Criterio de inclusión y exclusión.....	33
4.2.1.	<i>Criterio de inclusión</i> .....	33
4.2.2.	<i>Criterio de exclusión</i> .....	34
5.	Instrumentos.....	34
5.1.	Cuestionario de Salud SF-36.....	34
5.2.	Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): .....	34
6.	Proceso de recolección de datos.....	35
7.	Procesamiento y análisis de datos .....	36
	Capítulo IV: Resultados y discusión .....	37
1.	Resultados.....	37
1.1.	Análisis descriptivos .....	37
1.1.1.	<i>Niveles de la variable</i> .....	37
1.2.	Prueba de normalidad .....	42
1.3.	Análisis de correlación .....	43
2.	Discusión .....	43
	Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones .....	46
1.	Conclusiones .....	46
2.	Recomendaciones.....	46
	Referencias.....	47
	Anexos .....	51



## Índice de tablas

Tabla 1	
Operacionalización del cuestionario de salud SF- 36 versión española 1.4 (1999) .....	32
Tabla 2	
Operacionalización del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).....	33
Tabla 3	
Niveles de calidad de vida global y sus dimensiones .....	37
Tabla 4	
Nivel de calidad de vida y sus dimensiones, según género .....	37
Tabla 5	
Nivel de calidad de vida y sus dimensiones, según edad .....	38
Tabla 6	
Nivel de estrés y sus dimensiones.....	39
Tabla 7	
Nivel de estrés y dimensiones, según género.....	40
Tabla 8	
Nivel de estrés y dimensiones, según edad .....	42
Tabla 9	
Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio. ....	43
Tabla 10	
Correlación entre estrés y calidad de vida.....	43

## Índice de anexos

Anexo1	
Propiedad de estrés y calidad de vida.....	51
Anexo 2	
Validez de contenido.....	52
Anexo 3	
Criterio de jueces.....	53
Anexo 4	
Protocolo del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés - CAE .....	54
Anexo 5	
Protocolo del Cuestionario de Salud sf-36 versión española 1.4 (1999).....	56
Anexo 6	
Carta de autorización .....	62
Anexo 7	
Matriz de consistencia .....	63

## **Resumen**

El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación que existe entre estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la clínica modelo de hemodiálisis – EQUILUX de la ciudad de Tarapoto, 2017. El estudio es no experimental de corte transversal y de tipo correlacional; se contó con la participación de 93 pacientes con insuficiencia renal crónica, comprendido entre las edades de 20 a 85 años, así mismo los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), (Aceptado en noviembre de 2002), y la Escala de Cuestionario de Salud SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (1999). Los resultados muestran que no existe una relación significativa entre estrés y calidad de vida.

**Palabras clave:** Estrés, calidad de vida, insuficiencia renal crónica.

## **Abstract**

The objective of this study was to determine the relationship between stress and quality of life in chronic renal patients of the hemodialysis model clinic - EQUILUX of the city of Tarapoto, 2017. The non-experimental cross-sectional study of the correlation type, was attended by 93 patients with chronic renal failure, between the ages of 20 to 85 years, and the instruments that were used were the stress coping questionnaire (CAE), (Accepted in November 2002), and the scale of the Health Questionnaire SF-36 SPANISH VERSION 1.4 (1999). The results show that there is no significant relationship between stress and quality of life.

**Keywords:** Stress, quality of life, chronic renal failur

## **Capítulo I**

### **El problema**

#### **1. Planteamiento del problema**

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las enfermedades recientemente conocido como un problema de la salud pública global, por la gravedad y las complicaciones que provoca. En la actualidad la insuficiencia renal está considerada una de las diez principales causas de muerte según la estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS); además, que las complicaciones de la IRC llegan a cambiar el estilo de vida de las personas, produciendo gran estrés por los diferentes tipos de tratamiento que se someten. Por otro lado se estima que existe un aumento progresivo de pacientes con este tipo de enfermedad en el mundo entero; además el 90% de los individuos que sufren no lo saben (Zúñiga, Muller & Flores, 2011). Por su parte las estadísticas mundiales informan que existe cerca de 200 casos de fallas renal aguda por millón de habitantes por año, llegando a ser la necrosis tubular aguda (45%) siendo la forma clínica más habitual, seguido por la falla renal de tipo prerrenal (21%), y la agudización de la falla renal crónica y la uropatía obstructiva, con un 3 y 10 %. “Esta patología tiene una frecuencia variable, siendo del 1% en los pacientes que ingresan al hospital y del 10 al 30 % de los pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo”.

Así mismo en los países de Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica (USA), en los siguientes últimos diez años, esta enfermedad ha llegado a duplicarse, subiendo a un ritmo de 5 a 8 % al año (Loza-Concha & Quispe, 2011). En el 2007 más de 45 000 personas en España estuvieron en los tratamientos sustitutivos para las IRC, una cifra que podría duplicarse en los próximos 10 años, (Martín, Aguilera & Fuster, 2009).

Seguidamente un estudio realizado sobre la realidad de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015 presenta una contribución importante principalmente en la faceta terminal de la enfermedad, de la misma forma impulsa la prevención temprana. El MINSA en el año 2009 requirió a expertos de los hospitales nacionales para verificar un diagnóstico situacional del problema de la IRC en el Perú y generar propuestas para afrontar a corto y mediano plazo. La IRC es un problema de salud pública en el Perú y la gran parte de los pacientes se encuentran en la fase terminal, de los cuales los pacientes no están siendo tratados por que carece de los recursos y/o servicios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el estrés es la epidemia mundial del siglo XXI” hecho que va aumentando debido a nuestra calidad de vida, así mismo en el mundo laboral es cada vez más intenso y exigente que llega a condicionar nuestra salud y calidad de vida. Se estima que en Europa hay 40 millones de personas afectadas por el estrés. Además el 60% de las atenciones están siendo relacionadas con el estrés. En la

actualidad existe una brecha entre lo que el sistema de salud ofrece y lo que se espera, muchos acuden a pelotas anti-estrés, yoga y psicoterapias, sin embargo del 100% el 81% de las personas fracasan en los tratamientos basados como; “estilo de vida, por fuerza de voluntad, confianza, tiempo y el propio estrés” (American Psychological Association, APA).

El estrés es un tema central en la psicología de la salud, ya que por medio de ello llegamos adaptarnos a los cambios que el ambiente presenta, así mismo se incorpora en un proceso tanto los estresores como las respuestas, además se añade la interacción entre la persona y el ambiente (Lazaru, Folkman, 1986) lo perciben como una relación entre el individuo y el entorno amenazador y desbordante en lo que colocan en riesgo su bienestar los pacientes. La hemodiálisis es un factor agobiante y además exige a cada individuo a adaptarse y afrontar múltiples estresores como agudos y crónicos.

Seguido la situación del estrés es permanente en la vida de los paciente con insuficiencia renal crónica, dado que su tratamiento dura un periodo largo (Ruiz de Gauna et al., 2008). La presencia del malestar crea componentes biológicos que funcionan sobre el medio interno de los individuos, originando efectos patológicos en dicha enfermedad. Según la psicobiología, el resultado del estrés, atiende a las respuestas adaptativas presentadas a lo largo de la evolución, para la estabilidad del paciente, además el estrés es calificado como un síndrome general de la adaptación, que llevo a ser descubierto por primera vez por Hans Selye en 1936, la respuesta específica o independiente; llega a constituirse de tres etapas o fases: fase de alarma, aquí el organismo llega a reconocer la amenaza que se presenta y se determina por la aceleración del sistema nervioso simpático; la fase de resistencia, dirigida por la aceleración del eje HHA y la subida de niveles de cortisol en la sangre que se logra alcanzar si la amenaza persiste y por otro lado el organismo llega a regular sus recursos y como última fase es la fase de agotamiento de reservas, que ocurre siempre en cuanto las condiciones persisten, dando lugar a los aspectos patológicos incluyendo la muerte.

La insuficiencia renal crónica pone al paciente a sin números de limitaciones, como la capacidad para trabajar, ya que muchas de las veces es el hombre quien sostiene económicamente la familia, esto afecta en gran parte la calidad de vida del paciente, tales como la desnutrición, baja autoestima, depresión imposibilidad de adquirir medicamentos, etc.

En 1994, la (OMS) definió Calidad de vida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. El interés de estudio se ha llegado a incrementar en los últimos años, donde se señala que la Calidad de vida se halla más deterioraría en los pacientes con hemodiálisis que en la población general, incluyendo

en los pacientes que han recibido trasplante renal; así mismo existe un deterioro mucho mayor en el área física, el cual llegaría a estar por debajo de la dimensión mental, el paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, llega a soportar cambios psicológicos, sociales, en su calidad de vida y lo importante en su vida espiritual dado que no solamente le afecta a él sino a toda la familia, (Miranda, 2015). Es por eso que es importante estudiar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, ya que nos permite estudiar en qué medida la vida de los pacientes son afectadas por diferentes mediciones que requiere y por los daños que provoca la enfermedad o el tratamiento; además con esta información generaríamos una aportación para mejorar la satisfacción y aliviar las necesidades de los pacientes. Por las diferentes intervenciones de la insuficiencia renal el paciente cambia su calidad de vida de la misma manera estos cambios le generan estrés, impidiéndole realizar sus actividades con normalidad.

Por tales motivos esta investigación se realizará en la Clínica Modelo de Hemodiálisis EQUILUX Tarapoto con los pacientes de Es salud y Fissal, ya que no son ajenos a esta problemática mostrada con anterioridad, manifestando en los pacientes renales crónicos.

## **2. Pregunta de investigación**

### **2.1. Pregunta general.**

Frente a lo expuesto surge la siguiente interrogante

¿Existe relación significativa entre calidad de vida y estrés en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?

### **2.2. Problema específico.**

¿Existe relación significativa entre calidad de vida física y estrés en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?

¿Existe relación significativa entre calidad de vida psicológica y estrés en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?

¿Existe relación significativa entre calidad de vida social y estrés en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?

## **3. Justificación**

El presente estudio es relevante a nivel teórico, pues permitirá conocer la relación que existe entre estrés y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica, por el cual brindaremos información científica sobre dicho tema.

Así mismo la familia juega un papel muy importante para la mejora de la salud de los paciente, de los cuales los médicos podrán tener conocimiento de los diferentes niveles

del temas ya mencionado y de esa forma poder ayudarlos de una manera más direccionada cuanto al tratamiento, dando a conocer la influencia de la enfermedad y la vida del paciente y cuanto predomina el estrés en el decaimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Por otro lado la calidad de vida es uno de los factores que predomina en la vida diaria de nuestros los pacientes de esa manera podrán gozar de las diferentes actividades y se observaran mejora favorables en el tratamiento.

#### **4. Objetivos de la investigación**

##### **4.1. Objetivo general.**

Determinar si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la clínica modelo de hemodiálisis Tarapoto, 2017.

##### **4.2. Objetivo específico.**

Determinar si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

Determinar si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

Determinar si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.



## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Presuposición filosófica**

Los hábitos de higiene es un estilo de vida saludable, complementando con una buena alimentación, actividad física, recreación, postura, respiración, uso de agua, temperancia, descanso, estrategias para enfrentar el estrés y confiar en el poder divino. El cuidado del cuerpo y la salud forman parte de la restauración de la imagen de Dios en el ser humano: Dios desea que logremos el ideal de la perfección hecha para nosotros mediante el don de Cristo. Nos invita a que elijamos y nos coloquemos del lado de la justicia y lograr adaptar principios que restauren la imagen divina en nosotros. En su palabra escrita y el libro de la naturaleza se ha revelado aquellos principios de la vida; llegando hacer tarea nuestra el conocer los principios y por medio de la obediencia cooperar con Dios en poder restaurar la salud del cuerpo tanto como el alma (White, El ministerio de curación, pp. 77-78).

Para todos los pacientes con enfermedades crónicas, no hay nada tan eficaz que devolver la salud y felicidad, viviendo entre la naturaleza del campo, sentarse o acostarse a las sombras de los árboles, disfrutar de la sensación de tranquilidad, el poder oír el susurro de la brisa; el estado de ánimo vuela a su normalidad y el espíritu desfallecido revive. El hacer ejercicio al aire libre es una fuente vivificante, el cultivar flores o hacer un trabajo liviano, ayudará a que uno puede dejar de pensar en sí mismo y en las dolencias, cuanto más tiempo este el enfermo fuera, menos cuidado exigirá. La gratitud, la alegría la benevolencia, la confianza en el amor y el cuidado de Dios, constituyen el mayor salvaguardia de la salud (White, El ministerio de curación, pp. 179,185).

#### **2. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1. Estrés**

##### **2.1.1. Internacionales**

Hernández Fernaud, Hernández y Ruiz (2015) hicieron un estudio con el objetivo de contrastar el papel mediador de diversas estrategias de afrontamiento en la relación entre la percepción de la enfermedad dermatológica y la calidad de vida. Los participantes fueron 200 residentes de las Islas Canarias, España con edades de entre 19 y 82 años con enfermedades dermatológicas de baja expresión como: granos, piel sensible, estrías, cicatrices, verrugas y lunares. Los instrumentos que se utilizaron son: cuestionario para identificar la sintomatología dermatológica percibida; el segundo instrumento evalúa, el impacto psicológico que tiene la alteración dermatológica, el tercer instrumento valora las estrategias de afrontamiento, siendo una variable de gran influencia en la percepción de

calidad de vida y la respuesta a dicha enfermedad. Por otro lado, no todas las estrategias de afrontamiento llegan a medir de igual manera la percepción de la enfermedad sobre la calidad de vida. Donde se pudo notar que la estrategia de pensamiento positivo ayuda a mantener la calidad de vida, a pesar de que el paciente pueda percibir el daño dermatológico, sin embargo los pensamientos desiderativos ayudan a disminuir la calidad de vida en los pacientes que perciben el problema. Se llegó a la conclusión que cuando una persona tiene alteraciones de baja expresión sintomatológica, el impacto psicológico y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento es lo que va a determinar su calidad de vida.

En Ecuador, Núñez (2015) hizo una investigación a 50 personas entre las edades de 25 y 45 años que asisten a un consultorio dermatológico para descartar si el estrés tiene relación con las enfermedades dermatológicas, se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de estrés de Holmes y Rhae, así mismo los resultados indicaron de que existe una relación entre estrés y las enfermedades dermatológicas en los pacientes de 25 a 45 años; finalmente, se encontró que el 58% de la población en general tiene una enfermedad dermatológica debido al estrés, además el 86% de la población mantiene un tratamiento solamente farmacológico para dicha enfermedad y solamente el 10% recibe apoyo psicológico.

Garay López, Julieta y col. (2012) en la ciudad de México, hicieron un estudio sobre “Depresión y el afrontamiento en pacientes con padecimientos Renales”, el grupo estuvo formado por 30 pacientes con Enfermedad Renal Crónico (ERC) que asistían al hospital “Adolfo López Mateos”, de la ciudad de Toluca. Se utilizó la Escala de Automedición de Depresión de Zung, y la Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias General de Afrontamiento COPE, concluyendo que; el 70 % de los pacientes no muestran depresión, sin embargo el 30% se evidencia una mínima o leve depresión a una severa extrema; por otro lado en las estrategias de afrontamiento se halló que el apoyo en la religión se encuentra la media más alta conllevando a que los pacientes con insuficiencia renal recurran a sus creencia religiosas como una forma de afrontar el estrés; al ejecutar el análisis correlacional entre, depresión y las estrategias de afrontamiento, se evidencia que la estrategia de planeación y afrontamiento activo correlacionó de una forma negativa en cuanto a los factores somáticos, cognitivos y el estado de ánimo, mostrando que a mayor planeación y afrontamiento activo menor será la sintomatología de la depresión.

### **2.1.2. Nacionales**

Pillaca (2013) en Lima, realizó una investigación titulada “Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013”, la población estuvo formado por 30 pacientes, así mismo la técnica que se utilizó fue: entrevista y el instrumento (COPE) modificado. Los resultados fueron que del 100% (30), el 50%(15) las estrategias de afrontamiento si están presentes, sin embargo el 50%(15) están ausentes. Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100% (30), el 53% (16) la supresión de actividades si está presente y en el 47% (14) ausente, en la planificación el 57% (17) está ausente. Así mismo las estrategias centradas en la emoción el 40% (12) de los pacientes están presentes y en el 60%(18) ausente. Dentro de las estrategias centradas en la emoción del 100%(30), 57%(17) está presente el asistir a la religión y en 43%(13) ausente; la negación está presente y en 73% (22) ausente. Concerniente a las otras estrategias de afrontamiento en 43%(13) si están presentes y en 57%(17) ausente. Dentro de las otras estrategias de afrontamiento del 100%(30), 60% (18) está presente el desentendimiento cognitivo y en 40%(12) ausente; en el 20%(15) el desentendimiento conductual está presente y en 80%(24) ausente. Finalmente las estrategias de afrontamiento están presentes en la mitad de la población y ausentes en la mitad restante; además las estrategias que mayor utilidad le dan los pacientes fueron las centradas en los problemas referido a concentrar sus fuerzas a seguir en su tratamiento y las de menos uso fueron las centradas en las emociones que se da por aprender algo de estar enfermo.

Barreda, (2012) en Lima, hizo una investigación, con el objetivo de describir la relación entre la depresión y los estilos de afrontamiento al estrés, la población estuvo conformada por 50 pacientes con enfermedad cerebrovascular, atendidos en consulta externa en el servicio de neurología del hospital Daniel Alcides Carrión. Los instrumentos que se utilizaron: el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Estimación de Afrontamiento en su forma disposicional breve de Carver. Se halló correlación estadísticamente significativa entre las variables de depresión y estilos de afrontamiento al estrés evitativo, por otro lado no se hallaron correlación significativa entre las variables de depresión y estilos de afrontamiento al estrés centrado en el problema y centrado en la emoción respectivamente.

Díaz y Yaringaño (2010) en Lima, hicieron una investigación titulada “Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos”, con el objetivo de establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins; llegando a la conclusión que la dimensión familiar se ve afectada significativamente debido a una disminución de actividades sociales por la

dedicación al cuidado del paciente, además relaciona entre un adecuado clima social familiar y el afrontamiento positivo, entre relaciones y enfrentamiento, lucha activa, autocontrol y control emocional.

Soto (2010) en Lima, realizó una investigación sobre “Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mamas”, la muestra fue de 53 mujeres entre las edades de 40 y 75 años, los instrumentos fueron: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados muestran que de acuerdo al BDI-II, el 50% aproximadamente presentan un nivel de mínimo de depresión, el 23% en un nivel leve y el 13% están en el nivel moderado y severo respectivamente; así mismo se halló mayor tendencia en la utilización de un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y una menor tendencia en el uso de un estilo evitativo. Finalmente se puede decir que los pacientes que presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva, tendieron a una mayor utilización de la búsqueda de soporte por las razones emocionales al momento de enfrentar a la situación percibida como estrés.

## **2.2. Calidad de vida**

### **2.2.1. Internacionales**

Cunha, Zatta y Telesen, et al. (2011) llevaron a cabo una investigación en Brasil, teniendo como título; “Evaluación de la calidad de vida de los pacientes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”, la muestra estuvo conformado por 32 pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital universitario en Goiânia, utilizando la prueba KDQOL-SF. Así mismo los cálculos más elevados fueron en los siguientes campos: “estímulos en el equipo de hemodiálisis (98, 44), función sexual (94, 14) y síntomas y problemas (76, 04)”. Por otro lado lo mínimo encontrado son: exceso de la enfermedad renal (12,34), función físico (23, 44) y el soporte social (30,21).

Seguí, Armandor y Ramos (2010) en España, realizaron un estudio titulado, “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis”, con el propósito de evaluar la calidad de vida y sus características personales en los pacientes con insuficiencia renal crónica, además comparar con la población en general. El muestreo estuvo conformado por 96 pacientes, quienes fueron evaluados con el cuestionario de salud SF-36, los resultados fueron los siguientes; de la edad media de la población de estudio fue de 61 y 12 años, en una edad entre los 18 y 90 años, de tal manera que el mayor predomina son los varones con un 53,1 %. De tal manera que el 66,7% están casados, el 68,4% jubilados y solamente el 88,6% viven acompañados. Finalmente se llegó a la conclusión que la calidad de vida en los pacientes renales, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones.

Pupiales (2012) en la ciudad de Ecuador, hizo un estudio sobre “Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular”, con el fin de identificar qué relación existe entre los componentes psicosociales y sobre calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. El estudio que se realizó fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Dicha muestra estuvo conformado por 30 pacientes y El instrumento que se usó constaba de 9 preguntas. Los resultados fueron que el 57% de la población manifiesta que su calidad de vida es regular, así mismo existe sentimientos negativos, el que predomina más es la invalidez, por otro lado el principal factor social en la calidad de vida, se puede encontrar alteraciones en las actividades que el paciente realiza a diario y que tiene que acoplarse a un equilibrio de vida bastante diferente a lo que estaba acostumbrado.

### **2.2.2. Nacionales**

Flores y Díaz (2012) llevaron a cabo una investigación en la ciudad de Tarapoto, teniendo como título “Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua. Hospital II EsSalud Tarapoto. 2012”, para esta investigación se tuvo como muestra 31 pacientes, además el instrumento que se utilizó fue; el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF-36, así mismo el 51,6% califican su salud mental buena en general, sin embargo 48,4% aprecian su salud mental en general en mala.

Por su parte Del Rio (2016) en Lima, hizo una investigación sobre “Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional- 2015”, dicha muestra estuvo formado por 67 pacientes; así mismo la “técnica fue la encuesta – entrevista, el instrumento el cuestionario”, el hallazgo fueron que del 67 (100%) de los pacientes encuestados el 36 (54%), su estilo de vida no es saludable y el 31 (46%), llevan un estilo de vida saludable.

Del mismo modo Vergaray (2016), en Perú, realizó una investigación teniendo como título “calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 201”, se llevó a cabo con una muestra de 30 pacientes y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario de salud SF-36, encontrándose que no existe similitud entre la variable calidad de vida a la edad ( $P \leq 0,151$ ), género ( $P \leq 0,657$ ) el grado de escolaridad ( $P \leq 0,925$ ) de los participantes en el estudio, por otro lado la calidad de vida de los pacientes se ubica en un nivel bajo con 73,3%, frente a un 26,7% con calidad de vida alto.

Así mismo Sánchez (2014) en Trujillo realizó una investigación sobre “calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el hospital Jorge Reátegui

delgado salud - para en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014”, dicha muestra fueron 72 pacientes con una edad de 20 años, para los cuales se utilizó el cuestionario SF-36. En los resultados se puede evidenciar diferencia significativa ( $P < 0.05$ ) de los cuales los resultados dan a conocer que la muestra en salud mental es prospero para la salud física, como se prueba con el promedio de 49.61, de los cuales es más alto que 47,40, conveniente a la salud física.

Carrasco Reyes (2016) en la ciudad de Lima, hizo un estudio sobre “Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015”, dicha población estuvo formada por 30 pacientes, y el instrumento que se uso fue el cuestionario SF-36. Los resultados obtenidos del 100% (30), 37%(11), son superiores de 60 años, 27%(8), entre 30- 39 años; son del sexo masculino, 73%(22), y del sexo femenino; 27%(8). manifiesta ser superior al 13%(4): del estudio secundario 40%(12); del estudio primario 30%(9); y analfabetos 17%(9) de desempleados 27%(8). Se encuentran entre 3 meses a < de 2 años de tratamiento 13%(4), entre 2 años a < de 5 años 27%(8), entre 5 años a más 60%(18).

## **2. Marco conceptual**

### **2.2. Estrés**

#### **2.2.2. Definición**

Entre las definiciones expuestas de estrés se encuentran las siguientes.

Según Gonzáles (2004) las primeras traducciones medicas del estrés, se refiere a una estimulación turbulenta del equilibrio interno o tan bien conocido como homeostasis ante situaciones extremas de frío, falta de oxígeno, etc.

Según el Francés Bernard (1867) sugiere que los cambios externos en el ambiente puede perturbar al organismo y que una de las principales características de los seres vivos residía en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno, aunque se modifiquen las condiciones del medio externo.

Por otro lado Lazarus y Folkman (1986) manifiestan, que ese proceso biológico de defensa ofreciendo una importancia analógica con lo que más tarde se conocería “afrontamiento”, e indica que el estrés se ha definido tradicionalmente y de forma constante en tres aspectos diferentes: El estrés como estímulo, respuesta y como una relación.

#### **2.2.3. Características de estrés**

- Físico: palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, tensión y rigidez muscular, cansancio, sensación de mareos, insomnio, alteraciones alimenticias y disfunción sexual.

- Psicológico: inseguridad, dificultad para poder tomar decisiones, inquietud, inseguridad, temor a poder perder el control.
- De conducta: dificultad para estar quieto y en reposo, hipervigilancia; estos síntomas se acompañan los cambios en la expresión corporal, tensión en las mandíbulas, cambio de voz y duda.
- Intelectual o cognitivo: problemas de atención, concentración y memoria, pensamiento distorsionado, incremento de dudas, expectativas negativas, etc.
- Social: irritabilidad, dificultad para expresar las propias opiniones, bloquearse, quedarse en blanco al momento de preguntar o responder.

#### **2.2.4. Modelos teóricos.**

##### *a) La teoría de Cannon.*

El fisiólogo Walter Cannon inicio su estudio sobre el estrés a inicios del siglo pasado “La homeostasis es la capacidad que tiene el organismo para mantener constante un equilibrio interno”, (María Fernández, 2009; pp, 29). La investigación que realizó sobre el proceso fisiológico comprende el sostenimiento de la homeostasis corporal, por otro lado Cannon observó algunas respuestas inconscientes que es conocido como respuesta de ataque-huida siendo, ellos los que emiten o estimulan al organismo frente a las amenazas externas o internas, permitiendo una activación de series sucesos que mueven el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino. Como resultado sucede una prominencia en los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto a ello el incremento de la tasa cardiaca, presión sanguínea, azúcar en la sangre, la tasa respiratoria y finalmente el movimiento de la sangre de los pies a los músculos.

##### *b) La teoría de Selye: el síndrome general de adaptación (SGA).*

Por otro lado el SGA es una forma en la que el organismo llega a movilizarse frente a un estresor por sí mismo, evocando al patrón del estrés una demanda cualquiera, y que no solamente puede ser un estímulo físico sino también un estímulo psicológico, cognitivo o emocional. El estrés es considerado un conjunto ordenado de resistencias fisiológicas frente a cualquier estímulo nocivo, dicha reacción es conocida como SGA. (Selye 1960, 1973, 1982).

Dada cual sea la manifestación, la persona llega actuar con los mismos patrones de reacciones, dicha de otra manera la respuesta es inespecífica a la circunstancia pero específica en sus manifestaciones. Para llegar a enfrentar cualquier demanda realizada, el organismo actúa de forma estereotipada, implicando la activación del eje hipotálamo hipofisopararrenal y el sistema nervioso autónomo. Según esta teoría el estrés se manifiesta mediante un proceso dividido en tres fases:

Fase 1 Alarma: “el sujeto se enfrenta a la situación estresante”. Nuestro cuerpo siempre está frente a un estímulo, siempre está en un estado de alerta, llegando a desarrollar la frecuencia y la intensidad cardíaca, aumenta la tensión arterial, así mismo se altera el ritmo y la frecuencia respiratoria, ubicándose en situación de huida o ataque para mantener el equilibrio interno. Tiene como aviso claro la presencia repentina de agentes estresores, el cual el organismo no se está adaptando. Dicha fase contiene dos etapas: “choque y contrachoque”. En la primera etapa las manifestaciones fisiológicas son los primeros en aparecer para avisar al afectado a que se ponga en guardia es la reacción primaria, además llega aparecer taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea”, seguidamente la segunda etapa se identifica por la movilización de las defensas, mostrando signos opuestos a la primera fase e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Las múltiples enfermedades que están asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma (Sandín, 1995).

Fase 2 Resistencia: si aún el estímulo se mantiene, las reacciones manifestadas en la primera fase se mantiene, sin embargo existe una disminución en su intensidad y el sujeto pretende restaurar el equilibrio, alejándose o adaptándose al estímulo estresante. En esta fase o etapa desaparece la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se ven procesos catabólicos (Sandín, 1995). La respuesta del estrés en una resistencia prolongada provoca una serie de malestares como, “úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, el asma bronquial, etc.”, así mismo la resistencia al estrés, ocasiona cambios en el sistema inmunológico que beneficia la aparición de infecciones. “Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase”.

Fase 3 Agotamiento: Desea dar uso a todo lo que dispone para enfrentar a los hechos estresantes, por otro lado si el cuerpo no se encuentra en la capacidad de adaptarse y si el estresor es severo y prolongado esto conllevara el agotamiento y reaparecerán los síntomas característicos de la fase de alarma y el organismo estará amenazado.

### c) *El estrés como estímulo*

Este modelo teórico interpreta y entiende que las características están asociadas a los estímulos del ambiente, tomando en cuenta que pueden llegar a perturbar o elevar el funcionamiento del organismo. Por otro lado el estrés se localiza en la parte externa del individuo, y a la persona le produce estrés los efectos producidos de la misma.

El equipo de T.H. Holmes (1967), ha elaborado un tipo enfoque conocido como enfoque psicosocial del estrés o también conocido enfoque de los acontecimientos vitales, dicho modelo encuadra en las hipótesis de la especificidad estimular, llegando a considerar el estrés como variable independiente, definiéndose como una carga o demanda producida



por el organismo provocando malestares, de esta manera las personas son expuestas a fuerzas mayores sobrepasando algunos límites de la tolerancia, produciéndole estrés.

Algunos hechos alteran o amenazan alterar las actividades cotidianas de la persona, provocando un reajuste en su conducta.

Lazarus y Folkman, 1987, 1989, estudio el impacto o suceso en las actividades cotidianas sobre el bienestar de la persona, llegando a ver que los sucesos diarios sobre el bienestar de la persona, son hechos de menor impacto con más frecuencia y con una cercanía al individuo.

Por otro lado en los anteriores estudios (Chorot y Sandín, 1994), demostró como las molestias a diario y los problemas crónicos logran llegar a ser tan estresantes, además llega a ser un gran bombazo sobre el bienestar físico y psicológico.

Uno de los problemas de estos tipos de enfoques es que existe delimitación en las situaciones que pueden ser estresantes, ya que ocasiones puede ser muy estresante para el individuo, pero casi nada para el otro. El tipo de estrés de la perturbación de la identidad muestra que cuanto más cambio hay en la manera de pensar el individuo tiene mayor riesgo de padecer una enfermedad. Los efectos adversos de las situaciones vitales estresantes sobre el bienestar de la salud, los pacientes tienden a pensar en sí mismo de forma negativa. (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993)".

#### d) *El estrés como proceso*

Lazarus y Folkman (1986) entienden que el estrés puede tener interpretaciones cognitivas que el individuo crea en base a su capacidad estresora de los hechos. Existen presiones y demandas ambientales que provocan estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas (Lazarus, 1966).

Por otro lado la evaluación cognitiva llega a ser una evaluación mental universal dado que el sujeto evalúa constantemente lo que ha ocurrido con su bienestar personal. Ante ello, Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación.

Primaria: El individuo estima el significado de lo ocurrido, y como resultado de la primera evaluación es que se considere como: irrelevante, positiva-beneficio o estresante. Como último caso se llega a admitir tres modalidades: en primer lugar la amenaza "anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido", en segundo lugar daño, pérdida "la persona recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir" y como último es el desafío, donde el individuo estima la situación como un reto y ve la amenaza pero se considera capaz de superar empleando de una manera adecuada sus potencialidades, llegándose a interpretar como una posibilidad de aprender o ganar. "La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias".

Secundario: Se valora los recursos propios del individuo para afrontar las circunstancias, además involucra una búsqueda constante en las opciones cognitivas de afrontamiento que están disponibles y se pronostica si cada opción presente tendrá o no tendrá éxito al momento de abordar el estresor. Con la segunda evaluación el individuo consigue a tomar conciencia de las diferencias que existe entre sus habilidades, estrategias y capacidades propios de afrontamiento, por otro lado las destrezas, habilidades y capacidades que exige la situación, cuanto mayor diferencia exista mayor será la molestia y la ansiedad. Sin embargo cuando los individuos sienten tener la capacidad para enfrentar la situación y creen que van a tener éxito, el estrés se reduce (Brannon y Feist, 2001). “La autoeficacia es una variable clave en el proceso de evaluación como mediador entre las estructuras cognitivas y el resultado de la situación estresante” (Karademas y Kalatzi-Azizi, 2004).

Tercero Reevaluación: Involucra métodos de retroalimentación o feedback que se va desarrollando mediante la interacción la persona con las demandas tanto interno como externo, provocando arreglos sobre evaluaciones previas durante el proceso de afrontamiento. En lo actual, el equipo de Lazarus asemeja estrés a emoción y el objetivo que busca es llegar a demostrar que el estrés o la emoción es el intermediario de las conexiones entre la personalidad y la enfermedad (Lazarus, 1990, p. 97).

Por otro lado el organismo cuando enfrenta una novedad, amenaza o algún desafío, declina sus sentidos, pone un estado de alerta o vigilancia, la amígdala comienza a interpretar las emociones de los estímulos sensoriales. Seguidamente el hipocampo describe la indagación sobre el ambiente a la memoria espacial disponible, procesa la información de ambos tipos y la corteza límbica establece una cognición, así mismo la cognición son adaptativos o desadaptativos llegando a depender de las atribuciones que realiza la persona cuando sus capacidades de controlar la situación.

Posteriormente las cogniciones tienen la capacidad de reducir el estado de alerta y vigilancia, accediendo a que las medidas fisiológicas regresen a sus valores basales, sin embargo al no controlar la cognición incrementaría la activación biológica y conllevaría al cuerpo al estrés. Así mismo las cogniciones se pueden distinguir en diferentes tipos.

- Cognición de Control; para el individuo la situación es manejable si utiliza sus propios recursos.
- Cognición de Amenaza; “que implica la puesta en marcha de estrategias de lucha, acción y defensa, accesibles a las posibilidades adaptativas del sujeto”.
- Cognición de Indefensión o derrota; para él individuo la apreciación es parte de una situación que es incontrolable y no hay nada más que hacer.

Así mismo la cognición de indefensión pone al organismo en una situación de alarma y vigilancia que puede ser atacado mediante tácticas de afrontamiento.

Cuando una situación externa nos afecta (presión) se desprende una reacción orgánica (tensión). Además cuando cualquier estímulo exterior pone un factor de desequilibrio esto trastorna la estabilidad de nuestro medio interno, produciendo un estado de alerta y preparación para controlar la situación. “A este estado se denomina respuesta al estrés”. La reacción radica en que el acrecentamiento de la activación fisiológica como psicológica, lleguen a formar un mecanismo que ayude a preparar el organismo a tener una inmensa acción motora, así mismo procesar con más intensidad la información disponible y seleccionar mejor las conductas adecuadas para enfrentar a las súplicas de la situación que se presenta.

### **2.3. Calidad de vida**

#### **3.3.1. Definición**

Entre las definiciones expuestas de calidad de vida se encuentran las siguientes. “Calidad de vida está compuesto por tres aspectos importantes que son, bienestar físico, mental y social, tal y como percibe cada paciente y cada grupo, como felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980, p. 7).

Por otro lado la calidad de vida es una evaluación individual del carácter bueno y/o satisfactorio de la vida en general” (Szalai, 1980).

En el año de 1998 un grupo de investigadores (Cabrera, Agostini, López y Victoria, 1998), elaboraron la siguiente definición. “La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre y de su personalidad”.

Así mismo la calidad de vida es una evaluación que cada persona realiza en su vida y la satisfacción actual que lo produce en funcionamiento comparado con lo que percibe en la actualidad, (Celia y Tulskey, 1990).

La vida es la sensación de un bienestar subjetivo de cada individuo. (Chaturvedi, 1991).

#### **3.3.2. Características**

- Concepto subjetivo: el ser humano tienen conceptos diferentes en base a la vida y lo que es calidad de vida, “la felicidad”.
- Concepto universal: Las dimensiones de la Calidad de Vida son valores comunes “en las diversas culturas”.

- Concepto holístico: La Calidad de Vida encierra todas las partes de la vida, y esta distribuidos en tres dimensiones, según el modelo biopsicosocial. El individuo es un todo.
- Concepto dinámico: En el interior de cada individuo, la Calidad de Vida cambia en etapas cortos de tiempo: algunas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Todos las partes de la vida están conectadas, de tal manera que cuando un individuo se halla mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

### **3.3.3. Modelos teóricos**

Hay diferentes trabajos y teorías en el estudio de calidad de vida: Muchos de ellos han considerado la calidad de vida desde una perspectiva global, refiriéndose a la variable edad, sin dar mucha importancia a los grupos de sujetos mayores.

#### *a) Modelo ecológico de Lawton*

Este modelo trata de las más valiosas aportaciones, explicando el comportamiento adaptativo y el efecto positivo como un resultado de acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Así mismo define calidad de vida como un juicio subjetivo y una valoración multidimensional basada en los criterios intrapersonales y socionormativos, del método persona=ambiente de la persona, relacionado con el tiempo anterior, presente y futuro, siendo medido en cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida vista, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

#### *b) Modelo comportamental*

“Calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental”, (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000), la calidad de vida no depende del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino de lo que uno mismo realiza para hacer que su vida sea de calidad. Desde este punto de vista lo que realizamos y experimentamos llega a ser un método de estudio de la calidad de vida (Reig, 2000). La salud, creencias positivas o existenciales, recursos materiales, habilidades sociales o apoyo social, son tan importantes aunque no sea ello quien defina o determine la calidad de vida: estos tipos de variables ayudarían a tener una cantidad y calidad de vida mejor. (Reig, 2000).

#### *c) Modelo de bienestar*

Así mismo el bienestar psicológico, material, felicidad y la salud son aspectos importantes que ayudan al individuo a mantener una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Por otro lado la personalidad cumple un papel importante en la manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar en nuestra calidad de vida (Barefoot, Maynard, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler, 1998).

El tipo de satisfacción desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y Baker e Intagliata (1982) sostiene que la calidad de vida está constituida por tres aspectos y son: Las características personales, condiciones objetivas de la vida en varios puntos de la vida y como último tenemos a la satisfacción con las condiciones de la vida en dichos aspectos. (Lehman, 1988).

Este modelo se basa en que el paciente experimenta la calidad de vida dependiendo de sus condiciones, necesidades, carencias y deseos en base a la satisfacción real de su vida.

*d) Modelo de desempeño de rol*

A diferencia de los enfoques anteriores este modelo (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982) se basa únicamente en la teoría de que el bienestar y la satisfacción, están conectadas con las situaciones sociales y ambientales, aspectos necesarios para compensar las necesidades humanas básicas o primarias.

Para el autor (Yanguas, 2004), el ambiente reside en las oportunidades de las cuales el individuo satisface sus necesidades, tanto material como social; así mismo va depender de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas del individuo para poder cumplir distintos roles sociales.

La teoría de rol en el concepto de calidad de vida es prioritario ya que incluye las necesidades relativas en el proceso patológico de los pacientes, y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, a través de la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000).

Es importante evaluar y ver hasta qué punto el paciente en rol de enfermo (Lally, 1989) está sumergido; y además ver el grado subjetivo y percibir el rol que les limita sus capacidades para cumplir con sus roles convencionales (Scheff, 1986).

*e) Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida.*

En los modelos anteriores donde se ha descrito calidad de vida ha conseguido subestimar la dinámica y los factores influyendo en el sujeto sus condiciones y valoraciones de vida objetiva (Angermeyer y Kilian, 2000).

“Este modelo se basa en que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuo de adaptación”, de tal manera que el sujeto debe ajustar continuamente sus deseos y logros en condición a su ambiente y capacidad para poder satisfacer las súplicas sociales con el fin de cumplir tales deseos y logros.

En la investigación realizada de calidad de vida se llegó a encontrar que la mayoría de las personas tienen una mayor capacidad relativa para poder mantener un nivel de satisfacción bastante estable a través de actividades cognitivas y volitivas.

*f) Modelo de la homeostasis de la calidad de vida*

Otro modelo teórico es la homeostasis de la calidad de vida subjetiva, propuesta por Cummins (2000). Narra un método que integra y acopla un contenido genético primario y un amortiguador de sistemas secundario, con el fin de mantener el rendimiento en la calidad de vida subjetiva, intrínsecamente en un rango estrecho, a pesar las múltiples variaciones y experiencias que tiene el sujeto respecto a su entorno.

La idea del autor es que el primer determinante de calidad de vida subjetiva se pose en la detonación genética de la personalidad. Teniendo dos roles: Elaborar la categoría serial y suministrar el elemento afectivo de calidad de vida subjetiva; manifestándose en dos dimensiones de la personalidad que son (extroversión y neuroticismo). Numerosos estudios han demostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo (De Neve, 1999). Esta etapa de determinación es inconsciente.

Los determinantes del segundo orden perciben un sistema de resortes internos. El sistema está conformado por tres procesos enlazados de control percibido, autoestima y optimismo. Siendo procesos consientes que involucran un esquema cognitivo. “Tienen una orientación predominantemente positiva desde la perspectiva del procesamiento de información impuesto por la personalidad”.

Además las tres técnicas pueden ser influenciadas por la práctica lograda con el mundo exterior, que llega a ser el tercer nivel de determinación. Así mismo el producto de dicho sistema de amortiguadores es la calidad de vida subjetiva.

Al finalizar todo el proceso se halló que la calidad de vida subjetiva es el producto, que refleja tanto los afectos como la cognición, y que es relativamente estable a través del tiempo tanto para las personas como para el resto de la población.

*g) Modelo de calidad de vida aplicados a personas mayores.*

Este modelo teórico ha tenido muy pocas aplicaciones, como se manifestaba anteriormente. Margaret y Baltes propone un modelo psicológico de competencia para tener un envejecimiento con éxito: “la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990)”. Los sujetos con mayor edad llegan a afrontar razonablemente bien el envejecimiento y la vejez (Baltes, 1999). Sin embargo ellos son conscientes de los cambios negativos que pueden tener (pérdida y disminución) en su desarrollo personal, además las personas mayores siguen teniendo el control, son eficaces, tienen una visión positiva de su autoconcepto como de su desarrollo personal (Baltes, 1999; Brandtstädter, Ventura y Greve, 1993). Esta firmeza y adaptación agradable parece ser el efecto de la práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos (Reig, 2000).

Por otro lado existen diferentes investigaciones que garantizan la teoría que la comportamiento es lo principal para tener un envejecimiento de calidad (Reig, 2000).

#### **4. Definición de términos**

- Homeostasis: Es conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen a mantener de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo. (Real Academia Española).
- Estereotipada: Se podría decir que el conjunto de estas ideas, por lo general se ha compartido y transmitido evidentemente desde que nacemos y tenemos contacto con la sociedad de los cuales grupos sociales; como la familia, grupo de amigos, colegios, etc. Las diferentes investigaciones han dado a conocer que los niños ya tienen un grado de conciencia ante estos fenómenos grupales sociales. Moya (2003: pp788).
- Volitivas: Está relacionado con los actos y fenómenos de la voluntad. (Real Academia Española).
- Neuroticismo: Es un instinto psicológico a conservar ciertas dificultades para el manejo de la gestión emocional. El individuo que presenta niveles de neuroticismo manifiesta estados de ánimos bajos, de los cuales tiene tendencias depresivas o distimia.

#### **5. Hipótesis de la investigación**

##### **5.1. Hipótesis general**

Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la clínica modelo de hemodiálisis Tarapoto, 2017

##### **5.2. Hipótesis específicas**

Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.

## Capítulo III

### Materiales y métodos

#### 1. Diseño y tipo de investigación

Para el presente estudio se utilizó el diseño no experimental de corte transversal porque la recolección de datos que fue en el momento dado; por lo tanto no hubo manipulación de variable de medida (Hernández, Fernández y Baptista, 2004).

Así mismo se utilizó el tipo de investigación correlacional pues el objetivo fue hallar la relación que existe entre las variables estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la Ciudad de Tarapoto, 2017 (Díaz, 2009, Toro y Parra, 2006).

#### 2. Variables de la investigación

##### 2.1. Definición conceptual de las variables

###### 2.1.1. Calidad de vida

Según Hernández, Garzón, Grau, Almondoz y Gonzales (1997) toman la calidad de vida como, la valoración subjetiva que cada paciente realiza lo hace de diferentes aspectos en su vida en relación a su estado de salud.

###### 2.1.2. Estrés

Se califica como síndrome general de adaptación, a lo que fue descrito sistemáticamente por primera vez por Hans Selye (1998) como una respuesta inespecífica o independiente del agente que la provoca.

##### 2.2. Operacionalización de las variables

###### 2.2.1. Calidad de vida

Tabla 1

*Operacionalización del cuestionario de salud SF- 36 versión española 1.4 (1999)*

Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Ítems
Cuestionario de Salud Sf-36 versión española 1.4 (1999)	Física	Función física	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
		Rol físico	13, 14, 15, 16.
		Dolor	21, 22.
		Salud general	33, 34, 35, 36, 2.
		Vitalidad	23, 27, 29, 31.
	Psicológica	Rol emocional	17, 18, 19.
		Salud mental	24, 25, 26, 28, 30.
	Social	Función social	20, 32, 1.



Tabla 2.

*Operacionalización del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)*

Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Categoría de respuestas
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36.	0 = nunca
	Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37.	1 = pocas veces
	Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38.	2 = a veces
	Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39.	3 = frecuentemente
	Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40.	4 = casi siempre
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41.	
	Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42	

### 3. Delimitación gráfica y temporal

La Clínica Modelo de Hemodiálisis EQUILUX, se encuentra ubicado a la altura de la carretera Oasis, cuenta con una infraestructura de material noble, con techo aligerado, seguridad, sala, consultorio médico y psicológico, etc. Dentro de los servicios que brinda la Clínica, cuenta con dos grupos de pacientes, el primer grupo son de Essalud y el segundo grupo son de Fissal, la muestra para nuestro trabajo fue tomada los dos grupos “Essalud y Fissal”.

### 4. Participantes

La población de estudio está conformada por los pacientes de la Clínica Modelos de Hemodiálisis, que abarca 93 pacientes entre varones y mujeres, de las edades entre 15 y 90 años de los cuales existen 2 grupos (Essalud 45 y Fissal 48).

#### 4.1. Características de la muestra

Por lo tanto la muestra de investigación es acorde con nuestra población de 93 pacientes haciendo la totalidad de la muestra, 50 del sexo femenino y 43 del sexo masculino.

#### 4.2. Criterio de inclusión y exclusión.

##### 4.2.1. Criterio de inclusión

- Pacientes nacidos en Perú.
- Pacientes que oscilen entre 15 y 90 años.
- Pacientes de ambos grupos.
- Responder los ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).
- Responder los ítems Cuestionario de Salud SF-36.

#### **4.2.2. Criterio de exclusión**

- Pacientes menores de 15 años y mayores de 90 años son omitidos de las pruebas.
- Pacientes que no tengan problemas con insuficiencia renal crónica.
- Pacientes que no pertenezcan la clínica modelo de hemodiálisis.

### **5. Instrumentos**

#### **5.1. Cuestionario de Salud SF-36.**

El Cuestionario de Salud SF-36. Fue creado por Dr. Emilio Hinojosa Cáceres en el año 2006 en la ciudad de Arequipa. El cuestionario mide calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica, poniéndoles en una satisfacción de excelente, muy buena, buena, regular, mala haciendo un total de 5 ítems, de los cuales hay una variación de respuestas en la pregunta dos, mucho mejor ahora que hace un año, algo mejor que hace un año, más o menos igual que hace un año, algo peor ahora que hace un año, mucho peor ahora que hace un año. Haciendo 5 ítems, las preguntas (ítems 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12) respondiendo a las siguientes respuestas sí, me limita mucho, sí me limita un poco, no, no me limita nada. Haciendo un total de 3 ítems. De la siguiente manera los ítems (14,15,16,17,18,19) respondiendo las siguientes opciones de respuestas sí y no.

En la pregunta (20, 22) respuestas nada, un poco, regular, bastante, mucho. Por consiguiente, la pregunta (21) opción de respuesta no, ninguno, sí, muy poco, sí, un poco, sí, moderado, sí, mucho, sí, muchísimo. Así mismo de las preguntas (23,24,25,26,27,28,29,30,31,32) sus respuestas siempre, casi siempre, muchas veces, alguna vez, sólo alguna vez, nunca. Finalmente, las preguntas (33, 34, 35, 36) respondiendo totalmente cierta, bastante cierta, no lo sé, bastante falsa, totalmente falsa.

En el caso de la investigación se estableció la validez del a través del estadístico "Rho" de Spearman, dio como resultado en el Alfa de Cronbach. 609; estando dentro de los parámetros estadísticos sustentados por Nunnally (1967) donde indica que en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente. Por otro lado, George y Mallery (2003) sugieren que el coeficiente de alpha de Cronbach. "Coeficiente alfa >.6 es cuestionable".

#### **5.2. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE):**

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) fue creado por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot en la Universidad Nacional de Educación a Distancia c/Juan de Rosal 10 (Ciudad Universitaria), 28040 Madrid. (Adaptada en Noviembre del 2002). El CAE, es una medida de autoinformación diseñada para evaluar los siete estilos fundamentales de afrontamiento la dimensión centrada en el afrontamiento consta de siete subdimensiones:

Focalizado en la Solución del Problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36; Autofocalización Negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37; Reevaluación Positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38; Expresión Emocional Abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39; Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40; Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41; Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

Haciendo un total de 42 ítems, la forma de responder este instrumento corresponde a una escala de tipo Likert con 5 categorías de respuestas que van desde nunca hasta casi siempre y las puntuaciones son las siguientes: 0 nunca, 1 pocas veces, 2 a veces, 3 frecuentemente, 4 casi siempre.

“La fiabilidad del CAE la hemos analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes  $> 0,85$  (niveles excelentes), las subescalas EEA, EVT y EEP presentan coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala ANF. Considerados conjuntamente, podríamos decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos”. Por otro lado los ítems – subescala están corregidas, aun cuando exista notable diferencia en la magnitud de las correlaciones en función de los ítems y subescalas, en general están entre moderadas y altas, así mismo las correlaciones más altas son: subescala BAS (correlación media = 0,77), siendo las más bajas lo relativo a la subescala AFN (correlación media = 0,37). “Las correlaciones medias pertenecientes a las restantes subescalas varían entre 0,44 (subescala REP) y 0,67 (subescala RLG)”. (Sandín y Chorot, *Aceptado en noviembre de 2002*)).

En el caso de la investigación se estableció la validez del a travez del estadístico r de Sperman , así mismo en la confiabilidad del inventario se encontraron coeficientes de Alfa de Cronbach. 870.

## **6. Proceso de recolección de datos**

La recogida de datos se hizo en el mes de octubre del 2017 en la Clínica Modelo de Hemodiálisis – EQUILUX, Tarapoto, con los pacientes de Fissal y Es salud.

El primer paso se realizó una carta de la E.P. de Psicología de la Facultad Ciencias de la Salud, previa coordinación, seguidamente se realizó la coordinación con el dueño de la Clínica Modelo de Hemodiálisis – EQUILUX y la coordinación de las fechas para la aplicación de los instrumentos; una vez en sala se le explica el propósito del cuestionario al paciente, pidiendo su apoyo voluntario. La aplicación del instrumento se realizó de manera individual en diferentes grupos, con una duración de 15 a 20 minutos. Finalmente se recogió los instrumentos y fueron codificados.

## **7. Procesamiento y análisis de datos**

Se utilizó el software IBM SPSS Statistic 23.0 para Windows. Se llenó los datos para el análisis de la fiabilidad o consistencia interna, validez, correlación de ambas variables, así mismo se obtuvieron resultados gráficos y sus respectivas tablas.

## Capítulo IV

### Resultados y discusión

#### 1. Resultados

##### 1.1. Análisis descriptivos

##### 1.1.1. Niveles de la variable

En la tabla 3 se observa que la variable de calidad de vida el 37.6% de la población se encuentra en un nivel alto, del mismo modo en las dimensiones físicas el 35.5%; psicológicas el 40.2% y sociales el 50.5% de la población se encuentran en un nivel alto.

Tabla 3

*Niveles de calidad de vida global y sus dimensiones*

Variable	Niveles	n	%
Calidad de vida	Bajo	28	30.1%
	Promedio	30	32,3%
	Alto	35	37,6%
Física	Bajo	30	32,3%
	Promedio	30	32,3%
	Alto	33	35,5%
Psicológica	Bajo	21	22,8%
	Promedio	34	37%
	Alto	37	40,2%
Social	Bajo	19	20,4%
	Promedio	27	29 %
	Alto	47	50,5%
Total		93	100%

En la tabla 4 se aprecia que en cuanto a la variable calidad de vida el género Masculino obtuvo un 20,4% colocándolo un nivel alto; así mismo en la dimensión física el género masculino obtuvo un porcentaje de 20.4% poniéndole en un nivel bajo; mientras que el género masculino en la dimensión psicológica observamos el 27. 2% está en un nivel alto; además en la dimensión social este género, el 24.7%, se ubica en el nivel alto. En cuanto al género femenino en esta mismas variables se encontró que el 17.2% está en un nivel alto; en cuanto a la dimensión física se halló que los pacientes de este género el 17.2%, en un nivel promedio; del mismo modo en la dimensión psicológica el 20.7% alcanzaron un nivel promedio, mientras que en la dimensión social el 25.8% alcanzo un nivel alto.

Tabla 4

*Nivel de calidad de vida y sus dimensiones, según género*

		Género			
		Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Calidad de vida	Bajo	17	18.3%	11	11.8%
	Promedio	15	16.1%	15	16.1%
	Alto	19	20.4%	16	17.2%
Física	Bajo	19	20.4%	11	11.8%
	Promedio	14	15.1%	16	17.2%
	Alto	18	19.4%	15	16.1%
Psicológica	Bajo	10	10.9%	11	12.0%
	Promedio	15	16.3%	19	20.7%
	Alto	25	27.2%	12	13.0%
Social	Bajo	8	8.6%	11	11.8%
	Promedio	20	21.5%	7	7.5%
	Alto	23	24.7%	24	25.8%
Total		51	54.8%	42	45.2%

Como se puede observar en la tabla 5 los pacientes que oscilan entre las edades de 20 - 40 años en cuanto a la calidad de vida el 14.0% están en un nivel alto; en la dimensión física el 11.8% alcanzaron un nivel alto; del mismo modo en la dimensión psicológica el 10.9% alcanzo en un nivel alto. En la dimensión social el 11.8% está en un nivel alto. En cuanto a los pacientes que están ubicados entre las edades de 41-60 años. En la variable calidad de vida el 19.4% está en un nivel bajo. En la dimensión física el 20.4% obtuvo en un nivel bajo. Del mismo modo en la dimensión psicológica el 20.7% alcanzaron un nivel promedio. En la dimensión social se aprecia que el 25.8% alcanzo un nivel alto. Y por último los pacientes ubicados entre las edades de 61-85 años en la variable calidad de vida el 12.9% obtuvieron un nivel promedio. En la dimensión física el 9.7% están en el nivel alto; del mismo modo en la dimensión psicológica el 9.8% alcanzaron un nivel promedio. En la dimensión social el 12.9% se ubican en un nivel alto.

Tabla 5  
*Nivel de calidad de vida y sus dimensiones, según edad*

		Edad					
		20-40		41-60		61-85	
		n	%	n	%	n	%
Calidad de vida	Bajo	3	3,2%	18	19,4%	7	7,5%
	Promedio	3	3,2%	15	16,1%	12	12,9%
	Alto	13	14%	16	17,2%	6	6,5%
Física	Bajo	2	2,2%	19	20,4%	9	9,7%
	Promedio	6	6,5%	15	16,1%	9	9,7%
	Alto	11	11,8%	15	16,1%	7	7,5%

Psicológico	Bajo	3	3,3%	10	10,9%	8	8,7%
	Promedio	6	6,5%	19	20,7%	9	9,8%
	Alto	10	10,9%	19	20,7%	8	8,7%
Social	Bajo	3	3,2%	11	11,8%	5	5,4%
	Promedio	5	5,4%	14	15,1%	8	8,6%
	Alto	11	11,8%	24	25,8%	12	12,9%
Total		19	20,4%	49	52,7%	25	26,9%

En la tabla 6 se halló que en la variable de estrés el 35.5% están en un nivel alto; en cuanto a la dimensión solución de problemas se evidencia que el 43.0% obtuvieron un nivel alto; mientras que en la dimensión de Auto focalización encontramos que el 35.5% se ubican en un nivel alto; así mismo en la dimensión de Reevaluación se encontró que el 41.9% alcanzaron un nivel alto; en cuanto a la dimensión de Expresión se halló que el 40.9% se ubica en un nivel alto; en la dimensión de Evitación se muestra que el 36.6% de la población está en un nivel alto, así mismo observamos que en la dimensión Búsqueda se halló que el 39. 8% se ubica en un nivel promedio; en cuanto a la dimensión de Religión se encontró que el 41.9% están en un nivel alto.

Tabla 6  
*Nivel de estrés y sus dimensiones*

Variable	Niveles	%	n
Estrés	Bajo	32,3%	30
	Promedio	32,3%	30
	Alto	35,5%	33
Solución Problemas	Bajo	25,8%	24
	Promedio	31,2%	29
	Alto	43%	40
Estrés Autofocalización	Bajo	31,2%	29
	Promedio	33,3%	31
	Alto	35,5%	33
Estrés Reevaluación	Bajo	29%	27
	Promedio	29%	27
	Alto	41,9%	39
Estrés Expresión	Bajo	29%	27
	Promedio	30,1%	28
	Alto	40,9%	38
Estrés Evitación	Bajo	30,1%	28
	Promedio	33,3%	31
	Alto	36,6%	34
Estrés Búsqueda	Bajo	24,7%	23
	Promedio	39,8%	37
	Alto	35,5%	33

Estrés Religión	Bajo	32,3%	30
	Promedio	25,8%	24
	Alto	41,9%	39
	Total	100%	93

En la tabla 7 se aprecia que en cuanto a la variable estrés el 21.5% del género masculino están en un nivel alto, mientras que en el género femenino se encontró que el 14% tiene un nivel alto de estrés. En cuanto a la dimensión Solución Problemas el 26,9% del género masculino alcanzo un nivel alto, mientras que en el género femenino se encontró que el 16.1% se encuentra en un nivel alto de estrés. En cuanto a la dimensión Autofocalización el 22.6% del género masculino alcanzo un nivel alto, mientras que en el género femenino se encontró que el 16.1% tiene en un nivel promedio de estrés. Respecto a la dimensión Reevaluación el 22.6%. Del género masculino obtuvo un nivel alto, mientras que en el género femenino se encontró que el 19.4% mantiene en un nivel alto de estrés. De los cuales la variable expresión obtuvo un 23.7% colocándolo en un nivel alto del género masculino, así mismo en el género femenino con un porcentaje 17.2% poniéndole un nivel promedio.

Por consiguiente se observa en la dimensión Evitación el 24.7% del género masculino alcanzo un nivel alto, mientras que en el género femenino se encontró que el 17.2% están en un nivel alto. Además en la dimensión Búsqueda el 21.5%. Del género masculino se ubica un nivel alto, mientras que en el género femenino se halló que el 20.4 % alcanzaron un nivel promedio de estrés. Del mismo modo la dimensión de Religión el 22.6%. Del género masculino alcanzo un nivel alto, sin embargo el género femenino se encontró que el 19.4% está en un nivel alto de estrés.

Tabla 7  
*Nivel de estrés y dimensiones, según género*

		Genero			
		Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Estrés	Bajo	15	16,1%	15	16,1%
	Promedio	16	17,2%	14	15,1%
	Alto	20	21,5%	13	14%
Solución Problemas	Bajo	9	9,7%	15	16,1%
	Promedio	17	18,3%	12	12,9%
	Alto	25	26,9%	15	16,1%
E. Autofocalización	Bajo	14	15,1%	15	16,1%
	Promedio	16	17,2%	15	16,1%
	Alto	21	22,6%	12	12,9%
E. Reevaluación	Bajo	15	16,1%	12	12,9%
	Promedio	15	16,1%	12	12,9%
	Alto	21	22,6%	18	19,4%
E. Expresión	Bajo	12	12,9%	15	16,1%



	Promedio	17	18,3%	11	11,8%
	Alto	22	23,7%	16	17,2%
E. Evitación	Bajo	12	12,9%	16	17,2%
	Promedio	16	17,2%	15	16,1%
	Alto	23	24,7%	11	11,8%
E. Búsqueda	Bajo	13	14%	10	10,8%
	Promedio	18	19,4%	19	20,4%
	Alto	20	21,5%	13	14%
E. Religión	Bajo	18	19,4%	12	12,9%
	Promedio	12	12,9%	12	12,9%
	Alto	21	22,6%	18	19,4%

En la tabla 8 se percibir que, en la variable de estrés, los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 8.6% se ubican en el nivel bajo. En cuanto a los pacientes de las edades de 41-60 años se halló que el 19.4 % alcanzaron un nivel alto. Mientras que los pacientes de las edades 61-85, es 11.8% alcanzo un nivel promedio.

Así mismo en la dimensión solución de problemas se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 6.5% obtuvieron un nivel alto. Además los pacientes que están entre las edades de 41-60 años se evidencia que el 21.5 % alcanzo un nivel alto. Mientras que los pacientes de las edades 61-85 el 15.1% en encuentran en un nivel alto.

Además, en la dimensión Autofocalización se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 11.8% obtuvieron un nivel a promedio. Por otro lado, los pacientes ubicados entre las edades de 41-60 años encontramos que el 19.4 % se hallan en un nivel alto. Del mismo modo los pacientes de las edades 61-85 el 12.9% obtuvieron un nivel alto.

En la dimensión Reevaluación se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 9.7% están en el nivel alto. En cuanto a los pacientes ubicados entre las edades de 41-60 años encontramos que el 16.1 % lograron en un nivel alto. Mientras que los pacientes de las edades 61-85 el 16.1% presentan un nivel alto.

Así mismo en el nivel expresión se observó que los pacientes de 20-40 años el 7.5% nivel promedio. En las edades 41-60 años el 21.5% nivel alto. Así mismo 61-85 años el 12.9% poniéndole en un nivel alto.

Del mismo modo en la dimensión Evitación se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 7.5% se hallaron en un nivel alto. En cuanto a los pacientes de las edades de 41-60 años se halló que el 18,3% muestran estar en un nivel alto. Así mismo los pacientes de las edades 61-85 el 10.8% alanzaron un nivel alto.

Por otro lado, la dimensión Búsqueda se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 8.6% presentan un nivel bajo. En cuanto a las edades de 41-60 años se muestra que el 23,7% están en un nivel alto. Mientras que los pacientes de las edades 61-85, el 11.8% presentan un nivel alto.

En cuanto a la dimensión Religión se observó que los pacientes que oscilan entre las edades de 20-40 años el 7.5% presentan un nivel alto. En cuanto a los pacientes ubicados entre las edades de 41-60 años se halló que el 22.6% alcanzo un nivel alto. Además los pacientes de las edades 61-85, el 11.8% se ubican en un nivel alto.

Tabla 8  
*Nivel de estrés y dimensiones, según edad*

		Edad					
		20-40		41-60		61-85	
		N	%	N	%	N	%
Estrés	Bajo	8	8,6%	17	18,3%	5	5,4%
	Promedio	5	5,4%	14	15,1%	11	11,8%
	Alto	6	6,5%	18	19,4%	9	9,7%
Solución Problemas	Bajo	8	8,6%	9	9,7%	7	7,5%
	Promedio	5	5,4%	20	21,5%	4	4,3%
	Alto	6	6,5%	20	21,5%	14	15,1%
Estrés Autofocalización	Bajo	5	5,4%	18	19,4%	6	6,5%
	Promedio	11	11,8%	13	14%	7	7,5%
	Alto	3	3,2%	18	19,4%	12	12,9%
Estrés Reevaluación	Bajo	3	3,2%	18	19,4%	6	6,5%
	Promedio	7	7,5%	16	17,2%	4	4,3%
	Alto	9	9,7%	15	16,1%	15	16,1%
Estrés Expresión	Bajo	6	6,5%	14	15,1%	7	7,5%
	Promedio	7	7,5%	15	16,1%	6	6,5%
	Alto	6	6,5%	20	21,5%	12	12,9%
Evitación	Bajo	5	5,4%	16	17,2%	7	7,5%
	Promedio	7	7,5%	16	17,2%	8	8,6%
	Alto	7	7,5%	17	18,3%	10	10,8%
Búsqueda	Bajo	8	8,6%	11	11,8%	4	4,3%
	Promedio	5	5,4%	22	23,7%	10	10,8%
	Alto	6	6,5%	16	17,2%	11	11,8%
Religión	Bajo	8	8,6%	17	18,3%	5	5,4%
	Promedio	4	4,3%	11	11,8%	9	9,7%
	Alto	7	7,5%	21	22,6%	11	11,8%
Total		19	20,4%	49	52,7%	25	26,9%

## 1.2. Prueba de normalidad

En la tabla 9 con el propósito de efectuar los análisis se procedió a realizar la prueba de bondad de ajustes Kolmogorov-Smirnov (K-S) como se observa en los datos propios

de las 2 variables, en la que se presenta una distribución normal ( $p < 0,05$ ). Por los análisis estadísticos correspondientes.

Tabla 9

*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio.*

Instrumentos	Variables	Media	D.E	K.S	P
Calidad de vida	Física	56,29	8,178	0,062	0,200
	Psicológica	18,54	4,111	0,079	0,198
	Social	8,40	1,951	0,140	0,000
Estrés	Focalización de Problemas	13,55	5,823	0,093	0,045
	Autofocalización Negativa	10,99	4,282	0,86	0,087
	Reevaluación Positiva	14,81	5,444	0,081	0,160
	Expresión Emocional Abierta	8,59	5,007	0,078	0,200
	Evitación	13,12	5,156	0,113	0,005
	Búsqueda de Apoyo Social	14,44	6,225	0,77	0,200
	Religión	14,38	5,701	0,082	0,156

### 1.3. Análisis de correlación

En la tabla 10, el coeficiente de correlación Spearman muestra que existe relación inversa significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes crónicos de hemodiálisis ( $\rho = -0,213^*$ ;  $p < 0,02$ ), así mismo se observa relación significativa entre calidad de vida psicológica y estrés ( $\rho = -0,297^{**}$ ;  $p < 0,002$ ); sin embargo no existe relación significativa entre calidad de vida físico y estrés ( $p > 0,082$ ), además se observa que la calidad de vida social no existe una relación significativa con estrés ( $p > 0,417$ ).

Tabla 10

*Correlación entre estrés y calidad de vida*

	Estrés	
	r	p
Calidad de vida	-0,213*	0,02
Físico	-0,145	0,082
Psicológico	-0,297**	0,002
Social	-0,022	0,417

## 2. Discusión

En los últimos tiempos las enfermedades renales han ido generando múltiples cambios en su estado que afectan su calidad de vida de los pacientes al someterse al tratamiento más fuertes de carácter progresivo e irreversible, que conllevan a un estado terminal, donde el paciente requiere de diálisis o el trasplante renal (TRR), siendo el único medio para poder vivir, además prevenir las complicaciones, ofreciéndole una vida larga a pesar de las distintas limitaciones que enfrenta el paciente.

El propósito del estudio fue determinar la relación significativa entre estrés y calidad de la vida donde se encontró que si existe relación inversa significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes crónicos de hemodiálisis ( $\rho = -.213^*$ ;  $p < 0.02$ ), datos similares se encontraron en los estudios realizados por (Lostaunau Torrejón), “encontraron relaciones inversas estadísticamente significativas entre las variables afrontamiento, estrés percibido y estrés traumático con los componentes de la CVRS. Estos hallazgos indican que a mayor nivel de alguna de las variables independientes de estudio, menor será el nivel del componente con el que se encuentra relacionado y viceversa”.

Así mismo se encontró que la calidad de vida psicológica y estrés se relaciona de manera significativa ( $\rho = -.297^{**}$ ;  $p < 0.002$ ), según García y Gonzales manifiestan que existe una estrecha relación entre bienestar psicológico y afrontamiento, es decir que ha mayor nivel de bienestar el paciente estará mejor preparada para desarrollar afrontamientos satisfactorios.

Por otro lado existen muchos autores que coinciden en señalar que el sufrimiento psicológico depende de la edad, entorno familiar, lo laboral y social, además de las características de la personalidad, “así como de la estrategias de afrontamiento al estrés de la enfermedad que la paciente desarrolle (Barbón & Beato, 2002)”. En conclusión se reconoce la importancia que tiene los problemas emocionales, vinculados con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Lindey & Cols, 1998).

En cuanto a la calidad de vida física y estrés no existe relación significativa ( $p > .082$ ); según Martínez la dimensión física se caracteriza por la percepción del estado físico o la salud, entendiéndose como la ausencia de las enfermedades, los 44 síntomas provocados por la enfermedad y los efectos de los tratamientos. “No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad”. En tal sentido Sáenz Carhuamaca Zhenia, (2010), concluyo que “en la dimensión física 47% tienen una percepción medianamente favorable ,28% favorable y 25% desfavorable,”.

Además se observa que la calidad de vida social no existe un relación significativa con estrés ( $p > 0,417$ ); Martínez conceptualiza como la percepción del paciente en sus relaciones interpersonales y los roles sociales de la vida, como también la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico – paciente y el desempeño laboral. En ese sentido Sáenz Carhuamaca Zhenia, (2010) concluyó que “la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el servicio de quimioterapia del 100%, según la percepción social 59% tienen una percepción medianamente favorable, 25% favorable y 16% desfavorable.”

En la variable de calidad de vida el 37,6% de la población se encuentra en un nivel alto y el 32, 3% promedio, del mismo modo en las dimensiones físicas el 35,5% el 32, 3% en un nivel promedio; en la dimensión psicológicas el 40,2% es alta y el 37,0% en el nivel

promedio y sociales el 50,5% de la población se encuentran en un nivel alto y el 29,0% en el nivel promedio. Estos datos coinciden con los hallazgos de Chavez (2014) quien encontró que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión física, del 100%(50), 52%(26) refiere regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno. En la dimensión rol emocional, del 100% (50), 40%(20) refieren ser regular, 32%(16) deficiente y 28%(14) bueno. Y en la dimensión función social, del 100% (50), 44%(22) refiere regular, 36%(18) deficiente y el 20%(10) bueno.

En la variable de estrés la población se encuentra en un nivel bajo con el 32,3%; en un nivel promedio y el 35,5% en un nivel alto. En cuanto a la dimensión solución de problemas el 25,8% de la población está en un nivel bajo, el 43,0% en un nivel alto. Mientras que en la dimensión de Auto focalización el 31,2% de la población está en un nivel bajo, y el 35,5% en un nivel alto. Así mismo en la dimensión de Reevaluación se halló que el 29,0% de la población está en un nivel bajo, el 41,9% en un nivel alto. En cuanto a la dimensión de Expresión se evidencia que el 29,0% de la población está en un nivel bajo, el 40,9% en un nivel alto. En la dimensión de Evitación el 30,1% de la población está en un nivel bajo, y el 36,6% en un nivel alto, en la dimensión de Búsqueda se encontró que el 24,7% de la población está en un nivel bajo, el 35,5% en un nivel alto. En cuanto a la dimensión de Religión encontramos que el 32,3% de la población está en un nivel bajo, y el 41,9% en un nivel alto. Mostrando que la mayoría de los pacientes renales consideran estar en niveles de estrés entre alto y promedio. Estos datos son corroborados con lo referido por De los Santos, 2017, al mencionar que en cuanto a las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis se observa que del 100% de encuestados, 51% refieren aplicar en un nivel medio y un 27% mencionan que el nivel de aplicación es alto; sin embargo un 21% consideran aplican en un nivel bajo.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **1. Conclusiones**

- Si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida
- Si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica.
- No existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física.
- No existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social.

#### **2. Recomendaciones**

- Crear grupos de confraternización a fin de fortalecer los mecanismos de afrontamiento, desarrollar habilidades para una mejor calidad de vida y desarrollar la resistencia a las alteraciones psicológicas asociados a los cambios de la apariencia física producido por la enfermedad renal crónica.
- Instruir al personal de salud para adquirir un mejor desarrollo de habilidades, que brinden una intervención holística a las personas que padecen de insuficiencia renal crónica.
- Motivar el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de vida, utilizando el constructo SF36 en diferentes poblaciones o idénticas a esta, con el propósito de generar puntos de discusión en los siguientes proyectos de investigación científica.

## Referencias

- Alarcon, S. (2014). Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from. [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/Alarcon\\_Ochoa\\_Sara\\_del\\_Carmen\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/Alarcon_Ochoa_Sara_del_Carmen_2014.pdf)
- Álvarez, E. & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería XVI* (3): 63 – 72. Retrieved from. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Barba, A. (2014). El enfermo renal crónico: Análisis de su experiencia psicosocial en hemodiálisis hospitalaria. (Tesis Doctoral) Universidad de Salamanca. Retrieved from. [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125348/1/DPSA\\_BarbaTejedor\\_Enfermorenal.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125348/1/DPSA_BarbaTejedor_Enfermorenal.pdf)
- Barreda, D. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Retrieved from. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v15n2/a13.pdf>
- Del Rio, R. (2016). *Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4695/1/Del%20Rio\\_sr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4695/1/Del%20Rio_sr.pdf)
- Fernández, E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con la salud psicológica y estabilidad emocional. Universidad de León. Retrieved from. <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence>
- Fujiki, V. (2016). “Estilos de afrontamiento en adultos que padecen de psoriasis en lima metropolitana”. Universidad de Lima. Retrieved from. [http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3281/Fujiki\\_Pereyra\\_Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3281/Fujiki_Pereyra_Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- García, H. (2013). *Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada*. (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma de Madrid. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14315/66899\\_garcia\\_llana\\_helena.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14315/66899_garcia_llana_helena.pdf?sequence=1)

- Granados, F. & Chanduvi, L. (2014). *Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo. 2014.* (Tesis de Licenciado, Universidad Juan Mejía Baca). Recuperado de: [https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5wLCM9trVAhWENSYKHye1AOsQFghPMAQ&url=http%3A%2F%2Frepositorio.umb.edu.pe%2Fbitstream%2FUMB%2F23%2F1%2FFranco\\_Granados\\_y\\_Liseth\\_Chandui.pdf&usg=AFQjCNG6u3GhQIW5s5f\\_o-PD9Fm2GyiPsVw](https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5wLCM9trVAhWENSYKHye1AOsQFghPMAQ&url=http%3A%2F%2Frepositorio.umb.edu.pe%2Fbitstream%2FUMB%2F23%2F1%2FFranco_Granados_y_Liseth_Chandui.pdf&usg=AFQjCNG6u3GhQIW5s5f_o-PD9Fm2GyiPsVw)
- Guerra, V., Sanhueza, Olivia. & Cáceres, M. (2012). *Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variable sociodemográficas, médico – clínicas y de laboratorio.* Rev. Latino- Am. Enfermagem. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf)
- Herrera, S. (2011) "Cómo influye el estrés en el clima laboral dentro del núcleo de la Secretaría General del Consejo Metropolitano de Quito". Universidad Central de Ecuador. Retrieved from. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2768/1/T-UCE-0007-70.pdf>
- Lostanau, A. & Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama.* (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTANAU\\_CALERO\\_TORREJON\\_SALMON\\_ESTRES\\_CANCER.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTANAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1)
- Malheiro, P. & Arruda, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Retrieved from. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/administracion5.pdf>
- Mamani, A. (2008). Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/620/Mamani\\_ca.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/620/Mamani_ca.pdf?sequence=1)
- Martínez, A. (2016). *Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5275/1/Martinez\\_va.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5275/1/Martinez_va.pdf)
- Mera, M. (2007). "Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006". Retrieved from <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>



- Monardes, C., González, F. & Soto, F. (2011). *Calidad de vida: conceptos, características y aplicación del constructo*. Retrieved from. [https://www.researchgate.net/profile/Felipe\\_Soto2/publication/235989330\\_Calidad\\_de\\_vida\\_conceptos\\_caracteristicas\\_y\\_aplicacion\\_del\\_constructo/links/02e7e515432de5405d000000/Calidad-de-vida-conceptos-caracteristicas-y-aplicacion-del-constructo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Felipe_Soto2/publication/235989330_Calidad_de_vida_conceptos_caracteristicas_y_aplicacion_del_constructo/links/02e7e515432de5405d000000/Calidad-de-vida-conceptos-caracteristicas-y-aplicacion-del-constructo.pdf)
- Montagud, J. (2012). Evaluación neuropsicología, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. (Tesis Doctoral). Retrieved from. <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27377/Evaluacion%20neuropsicologica%20C%20estado%20de%20animos%20C%20estres%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20de%20insuficiencia%20renal%20cronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pabón, Y., Saray, K., Rodríguez, K., Medina, C., López, M. & Salcedo, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica. *Artículo de Revisión*. Retrieved from. <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi496uysejTAhULfZAKHQ0ZDOsQFghNMAU&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5156570.pdf&usg=AFQjCNFOIJMN6zEjJOVxycvTp96CGmOftg>
- Pillaca, H. (2013). Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013. Retrieved from. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3441>
- Pupiales, A. (2012). “*Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre Enero y Febrero del 2012*”. Universidad Técnica de Ambato. Retrieved from. <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3015/1/RELACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20IRC.pdf>
- Sánchez, J. (2014). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud – Piura*. Universidad Privada Antenor Orrego. Retrieved from. [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/SANCHEZ\\_JORGE\\_CALIDAD\\_VIDA\\_INSUFICIENCIA\\_RENAL.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/SANCHEZ_JORGE_CALIDAD_VIDA_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf)
- Seguía, A., Amador, P. & Ramos, A. (2010). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. Retrieved from. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-13752010000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-13752010000300002)

- Urza, A. & Caqueo, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. *Terapia psicológica*, vol. 30, N°1, 61 – 71. <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Verdugo, M., Canal, R., Fernández, S., Bermejo, L., Alonso, S., Tamarit, J., López, M., Castillo, T. & Leturia, F. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Retrieved from. [http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04.\\_Libro.pdf](http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04._Libro.pdf)
- Yanguas, J. (2004). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Retrieved from. <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13286.pdf>
- Yepes, C., Montoya, M., Orrego, B., Cuéllar, M., Yepes, J., López, J., Salguero, M. & Gómez, R. (2009). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud*. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología (Madr.)* vol.29 no.6 Cantabria. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952009000600010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952009000600010)

## **Anexos**

### **Anexo1**

#### **Propiedad de estrés y calidad de vida**

##### **Consistencias internas**

En la tabla 1 de la escala de calidad de vida (36 ítems) obteniendo un coeficiente Alpha de Cronbach,609, lo que indica una baja fiabilidad; sin embargo Nunnally (1967) en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente. Por otro lado, George y Mallery (2003) donde sugiere que el coeficiente de alfa de Cronbach. “Coeficiente alfa >.6 es cuestionable”.

Tabla 1

*Índice de consistencia interna global mediante el Alpha de Cronbach.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,609	36

Así mismo en la tabla 2 la variable estrés (42 ítems) se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach, 870 lo que indica que muestra una alta fiabilidad.

Tabal 2

*Índice de consistencia interna global mediante el Alpha de Cronbach.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	42

## Anexo 2

### Validez de contenido

	<b>Preguntas</b>	<b>IA</b>
<b>ESTRÉS</b>	Los ítems guardan relación con el constructo	1
	Los ítems miden la variable de estudio	1
	El instrumento persigue los fines del objetivo general del estudio	1
	El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos del estudio	1
	Hay claridad en los ítems	1
	En el ítem todas las palabras son usuales para nuestro contexto	1
	El orden de los ítems es el adecuado	1
	El número de ítems es el adecuado	1
	<b>Preguntas</b>	<b>IA</b>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Los ítems guardan relación con el constructo	1
	Los ítems miden la variable de estudio	1
	El instrumento persigue los fines del objetivo general del estudio	1
	El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos del estudio	1
	Hay claridad en los ítems	1
	En el ítem todas las palabras son usuales para nuestro contexto	1
	El orden de los ítems es el adecuado	1
	El número de ítems es el adecuado	1

### Anexo 3

#### Criterio de jueces

Estimado (a):

---

**Presente:**

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ (a) para validar el contenido de un instrumento elaborado correspondiente a la investigación que lleva por título: **Estrés y Calidad de Vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la Ciudad de Tarapoto, 2017.**

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se hace entrega formal de la operacionalización de variables involucradas en el estudio, las tablas de especificaciones respectivas, el inventario (original y adaptado) y los dos formatos de validación, el cual deberá llenar de acuerdo a sus observaciones, a fin de orientar y verificar la claridad, congruencia, control de la tendenciosidad y dominio de los contenidos de los diversos ítems de los cuestionarios.

Agradecemos de antemano su receptividad y colaboración. Su apoyo nos permitirá adquirir habilidades y competencias profesionales y científicos que forman parte del currículo académico de pre grado correspondiente a la carrera profesional de Psicología en la UPEU.

Quedamos de Ud. en espera del feedback respectivo para nuestro trabajo académico.

Muy Atentamente:

---

Silvana Masía Días

---

Juan Carlos Guerrero Rojas

## Anexo 4

### Protocolo del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés - CAE

Nombre.....Edad.....Sexo.....

*Instrucciones:* En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurre en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud., la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud., piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

#### ¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1		0	1	2	3	4
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacer frente					
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4	Descargué mi mal humor con los demás					
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7	Asistí a la iglesia					
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10	Intenté sacar algo positivo del problema					
11	Insulté a ciertas personas					
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14	Pedí ayuda espirituales a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupe por los demás					
18	Me comporté de forma hostil con los demás					
19	Salí al cine, a cenar, a *dar una vuelta*, etc., para olvidarme del problema					
20	Pedí a parientes o amigo que me ayudaran a pensar acerca del problema					

21	Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23	Me sentía indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25	Agredí a algunas personas					
26	Procuré no pensar en el problema					
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31	Experimenté personalmente eso de que *no hay mal que por bien no venga*					
32	Me irrité con algún deporte para olvidarme del problema					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35	Recé					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39	Luché y me desahugué expresando mis sentimientos					
40	Intenté olvidarme de todo					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestarme mis sentimientos					
42	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar					

## Anexo 5

### Protocolo del Cuestionario de Salud sf-36 versión española 1.4 (1999)

**Modificada: Valoración de la Expectativa Laboral y Consentimiento Informado:  
Dr. Emilio Hinojosa Cáceres Arequipa-Perú 2006**

#### INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

##### FILIACIÓN:

Nombre y

Apellidos.....

.... Edad..... Sexo..... Estado Civil.....

Natural.....

##### EXPECTATIVA LABORAL: GRADO

Apto / trabaja normalmente.

..... Apto / trabaja

parcialmente.....

Apto /

desocupado.....

..... Apto /

jubilado.....

..... No apto para

trabajar.....

Incapaz de cuidarse.....

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....  
.....

.....  
.....

.....

##### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

#### 1. En general, usted diría que su salud es:

1 " Excelente

2 " Muy buena

3 " Buena

4 " Regular 5 " Mala

#### 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 " Mucho mejor ahora que hace un año

2 " Algo mejor ahora que hace un año

2 " Más o menos igual que hace un año

4 " Algo peor ahora que hace un año

5 " Mucho peor ahora que hace un año



**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

- 3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada
- 12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**
  - 1 " Sí, me limita mucho
  - 2 " Sí, me limita un poco
  - 3 " No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 " Sí
  - 2 " No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 " Sí
  - 2 " No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 " Sí
  - 2 " No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 " Sí
  - 2 " No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 " Sí
  - 2 " No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 " Sí
  - 2 " No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 " Sí
  - 2 " No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 " Nada
  - 2 " Un poco
  - 3 " Regular
  - 4 " Bastante
  - 5 " Mucho

**21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

- 1 " No, ninguno
- 2 " Sí, muy poco
- 3 " Sí, un poco
- 4 " Sí, moderado
- 5 " Sí, mucho
- 6 " Sí, muchísimo

**22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

- 1 " Nada
- 2 " Un poco
- 3 " Regular
- 4 " Bastante 5 " Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

**23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

**24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez

6 Nunca

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces
- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

- 26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca
- 27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca
- 28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca
- 29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca
- 30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca
- 31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**
- 1 " Siempre
  - 2 " Casi siempre
  - 3 " Muchas veces
  - 4 " Algunas veces
  - 5 " Sólo alguna vez
  - 6 " Nunca

**32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Algunas veces
- 4 " Sólo alguna vez 5 " Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas**

- 1 " Totalmente cierta
- 2 " Bastante cierta
- 3 " No lo sé
- 4 " Bastante falsa
- 5 " Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

- 1 " Totalmente cierta
- 2 " Bastante cierta
- 3 " No lo sé
- 4 " Bastante falsa
- 5 " Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

- 1 " Totalmente cierta
- 2 " Bastante cierta
- 3 " No lo sé
- 4 " Bastante falsa
- 5 " Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

- 1 " Totalmente cierta
- 2 " Bastante cierta
- 3 " No lo sé
- 4 " Bastante falsa
- 5 " Totalmente falsa

## Anexo 6

### Carta de autorización

**“Año del Buen servicio al Ciudadano”**

Dr: Armando Antonio Rojas Infante

Gerente General del Centro Modelo de Hemodiálisis EQUILUX- TARAPOTO.

**AUTORIZA:**

A los estudiantes de la universidad Peruana Unión Juan Carlos Guerrero Rojas, con DNI N<sup>a</sup> 75839738 Silvana Mesia Diaz, con DNI N<sup>a</sup> 46065193. Para aplicar el test de “Estrés y Calidad de Vida, a los Pacientes de Centro Modelo de Hemodiálisis EQUILUX-TARAPOTO. Con fecha, 22 de setiembre.

Tarapoto 28 de Noviembre 2017

EQUILUX S.A.C.  
R.U.C. 20812347164

ARMANDO ANTONIO ROJAS INFANTE  
DNI: 74894276  
GERENTE

### Anexo 7 Matriz de consistencia

PROBLEMA	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	HIPÓTESIS ESPECÍFICO	VARIABLE	TIPO	DISEÑO
¿Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?	<p>¿Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?</p> <p>¿Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?</p> <p>¿Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017?</p>	Determinar si existe relación significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la clínica modelo de hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.	<p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.</p>	Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida en los pacientes renales crónicos de la clínica modelo de hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.	<p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida física en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017</p> <p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida psicológica en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre estrés y calidad de vida social en los Pacientes Renales Crónicos de la Clínica Modelo de Hemodiálisis de la ciudad de Tarapoto, 2017.</p>	<p>Estrés</p> <p>Calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensión Física</li> <li>- Dimensión Psicológica</li> <li>- Dimensión Social</li> </ul>	Correlacional	No experimental